FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Remy COURJON

Né à Meyzieux (Isère), le 19 mai 1885
Ancien externe des Hôpitaux

LA SYPHILIS OSSEUSE

ET LES

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Président : RECLUS, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DÉJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GRÉGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBÉ (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECÈNE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE LYON

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR REYNIER

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
(Externat : 1908-1909)

MONSIEUR LE Dr MOUTARD-MARTIN

Médecin de l'Hôpital de la Charité
(Externat : 1909-1910)

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

Médecin de l'Hôpital Broca
(Externat : 1910-1911)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Avant de quitter la vie d'étudiant, il nous est un doux devoir de reconnaissance à remplir.

Pendant ces nombreuses années, trop courtes, hélas ! où nous avons connu les plus grandes tristesses, nous avons pu apprécier le réconfort et les consolations que donne l'amitié.

De vieux compagnons d'école furent nos premiers camarades au début de nos études médicales. Le Dr R. Lourasse, devenu depuis bientôt deux ans le médecin maritime le plus distingué, fut de toutes nos joies et de toutes nos misères. Il était et il restera pour nous l'ami sincère que, tous, nous avons pu apprécier.

D'autres, tout en étant moins mêlés à notre vie quotidienne, restaient terrés dans leur chambre. Ils nous donnaient l'exemple du travail, et de leur dévouement en nous accueillant toujours avec joie quand il nous plaisait d'aller les importuner.

Le Dr Jaubert, de Beaujon, fut un de ceux-là. Dernièrement encore, malgré ses nombreuses occupations, il se chargea de la tâche ingrate de la traduction des auteurs allemands.

Nous sommes heureux de le remercier au début de cet ouvrage.

Nous n'oublierons pas tous ces chers camarades que nous avons eu le bonheur de rencontrer depuis

le début de nos études, et chez qui nous avons trouvé la plus grande cordialité.

A Lyon et à Paris ce sont des amis, que nous laissons, et que nous retrouverons toujours avec le plus grand plaisir.

Avant de terminer, qu'il nous soit permis d'évoquer un souvenir ému en pensant à nos deux charmantes belles-sœurs, toujours si aimables et si bonnes pour nous. Nous reportons sur elles, elles peuvent en être assurées, toute notre affection.

LA SYPHILIS OSSEUSE

ET LES

ACCIDENTS DU TRAVAIL

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Les rapports de la syphilis osseuse et du traumatisme n'ont guère été étudiés jusqu'ici, au point de vue des conséquences de la loi de 1898.

Un grand nombre de mémoires ont été consacrés à l'inoculation de la syphilis. Mais pour les accidents spécifiques qui succèdent à un traumatisme fermé, il est loin d'en être ainsi, et il n'existe dans la littérature que peu de choses sur ce point.

Aussi bien, nous a-t-il paru intéressant de rapporter ici l'observation suivante, et d'étudier à ce sujet le rôle du traumatisme sur l'évolution de la *syphilis osseuse*.

OBSERVATION I

(Prise dans la clinique du professeur Poncet.)

Il s'agit d'un homme de vingt-six ans, qui était entré à la clinique de M. le professeur Poncet le 11 juillet 1912, pour une

tuméfaction à l'avant-bras gauche, survenue à la suite d'un traumatisme.

Le malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Ses parents sont vivants, bien portants ; il a une sœur en bonne santé. Pas de bacillaires dans sa famille.

Personnellement, le malade n'a jamais eu de maladie notable jusqu'à maintenant. On note seulement une rougeole à l'âge de huit ans ; pas de maladie infectieuse, pas de rhumatisme articulaire aigu.

Il y a quatre mois, on lui a fait une cure radicale de hernie à l'hôpital Saint-Luc. On trouve de l'éthylisme surtout accusé il y a quelques années, moins intense actuellement.

Le malade nie la syphilis ; l'interrogatoire ne révèle d'ailleurs chez lui aucune trace de spécificité. Pendant son service militaire il avoue une blennorragie.

Le malade faisait facilement son travail, soit de tailleur de pierres, soit de garçon boulanger, soit de garçon d'hôtel jusqu'au 3 avril, date à laquelle il eut un accident au cours de son travail.

Son avant-bras gauche fut serré, au-dessous du coude, entre deux lits : ce traumatisme ne détermina aucune plaie, mais une tuméfaction qui apparut le lendemain et augmenta de volume.

Cette tuméfaction était localisée, faisant saillie comme un œuf à la face postérieure de l'avant-bras : tuméfaction douloureuse, en même temps le malade constate que ses doigts ne fonctionnaient plus normalement. Il note surtout une

difficulté et même une impossibilité de mettre en extension son médius et son annulaire.

Le certificat d'origine, délivré le 5 avril 1912 par le médecin traitant, porte que le malade a eu, le 3 avril, un accident qui a occasionné un effort musculaire à la face dorsale de l'avant-bras gauche avec rupture fibrillaire et gonflement très prononcé. Cet accident entraîne une incapacité de quinze jours, sauf complications.

Devant la persistance des douleurs, le malade entre à l'hôpital Saint-Luc le 1er mai 1912.

Après une série de pansements humides, on lui fait, à la partie postéro-externe de l'avant-bras, une incision par où s'écoule une assez grande quantité de pus.

Puis d'autres abcès se développent et à plusieurs reprises on fait des incisions.

Cet état se prolongeant, le médecin traitant envoie le malade à un chirurgien, qui, à la date du 3 juillet 1912, donne le certificat suivant :

J'ai examiné le blessé lequel rapporte avoir été victime le 3 avril dernier, du sinistre suivant: chute sur l'avant-bras gauche d'un châssis de lit. Bien que l'accident ait été suivi d'emblée d'un peu d'enflure de la région contusionnée, le blessé le tint pour insignifiant et continua son travail jusqu'au 5 mai. A ce moment, l'enflure aurait été localisée à la partie supérieure du dos de l'avant-bras, atteignant le volume d'un demi-œuf, en même temps que la douleur était très vive.

Envoyé à l'hôpital Saint-Luc le 1er mai, le blessé y séjourna pendant vingt jours et y subit, au niveau de la région

malade, une série d'incisions par où s'établit une suppuration abondante.

Actuellement, on constate la persistance de cinq fistules, occupant la partie supérieure et dorsale de l'avant-bras gauche, par lesquelles s'écoule une sérosité assez abondante et même du pus caséeux. En pressant au dos de l'avant-bras, vers le poignet, on fait sourdre des grumeaux caséeux par une des fistules située bien au-dessus. Toute la région est le siège d'un gonflement diffus, lequel paraît dépendre des parties molles et non du squelette. Je crois les os de l'avant-bras indemnes, cependant un examen radiographique seul permettait de se montrer plus affirmatif.

La présence de ces fistules, outre qu'elle entraîne la nécessité de porter un pansement, indique par sa persistance, une lésion profonde non guérie et, bien que l'exploration au stylet ne fournisse aucun renseignement (à cause de la douleur), il est certain que la lésion est étendue puisqu'on refoule le pus en pressant de loin. Une certaine gêne accusée par le blessé dans les mouvements du poignet et surtout dans l'extension des doigts, méduis et annulaire, me font admettre qu'il s'agi d'une *synovite chronique bacillaire* de la gaine des extenseurs et que la lésion initiale, telle qu'elle s'est manifestée plusieurs jours après l'accident a été un *abcès* froid.

En ce qui concerne les antécédents, je n'ai rien de spécial à signaler.

Bien qu'il s'agisse d'une affection en principe chronique, je crois que l'on peut arriver à tarir ces fistules de préférence en faisant dans leur lumière des injections modificatrices plutôt qu'en les mettant à ciel ouvert pour curetter leur trajet.

Mon avis est que la guérison de ces lésions demandera encore plusieurs semaines, mais je considère comme peu probable la persistance d'une infirmité permanente.

Devant la persistance des accidents, le malade, qui est à son demi-salaire depuis plus de quatre mois, entre à l'Hôtel-Dieu.

A l'entrée, on constate une tuméfaction de la partie supéro-externe de l'avant-bras. Cette tuméfaction est profonde et semble faire corps avec l'os. D'emblée, on a l'impression que les orifices fistuleux, qui persistent encore, conduisent sur le squelette. Il existe, en outre, le long du radius, un certain décollement, et la pression, de bas en haut le long de l'os, fait sourdre du pus au niveau de l'orifice fistuleux.

Il semble, en somme, que l'on soit en présence d'une ostéomiélite chronique. Il n'existe toutefois sur le squelette aucune trace d'ostéomyélite ancienne, et le malade n'a jamais eu de poussées du côté du radius.

Les mouvements d'extension du poignet sont gênés, parce que les muscles sont infiltrés. Il n'y a rien dans les gaines des extenseurs. Les mouvements du coude, aussi bien que les mouvements de pronation et de supination sont conservés.

Sur la radiographie, on constate une hyperostose du radius surtout marquée au niveau de la diaphyse osseuse. Cet aspect même du cliché fait suspecter la syphilis.

Néanmoins, comme le malade n'a aucun antécédent spécifique et qu'il existe une suppuration assez étendue autour de l'os ; le 22 juillet 1912, M. Cotte, chef de clinique, décide d'intervenir. Après une incision de 10 centimètres sur le bord externe du radius, on arrive sur un périoste ne présentant pas d'épaississement très notable. La trépanation de la cavité médullaire ne montre aucun séquestre. L'os est épaissi et

très éburné, la moelle a un aspect gélatiniforme. Ces lésions semblent bien confirmer la nature spécifique des lésions. Après avoir plombé la cavité médullaire avec du mastic, on réunit la plaie dans presque toute son étendue. Dès le premier jour même de l'intervention, on soumet le malade à un traitement intensif.

Sur ces entrefaites, le laboratoire répond que le Wassermann était positif.

Très rapidement, d'ailleurs, sous l'influence de ce traitement, une amélioration considérable se manifeste.

A la date du 1er septembre 1912, le malade, complètement guéri, demanda à être opéré de sa hernie qui a récidivé.

Cette observation offre un double intérêt :

1° Localisation au niveau d'une lésion osseuse, consécutive à un traumatisme, *d'une syphilis latente ;*

2° *Quelle est*, au point de vue juridique, *l'indemnité prévue par la loi de 1898 ?*

Nous avons trouvé dans la littérature, et nous avons pu recueillir, grâce à l'extrême obligeance du Dr Bérard et du Dr Cotte, un certain nombre de faits qui nous serviront à établir la jurisprudence.

Mais, avant, quels sont les rapports du traumatisme et de la syphilis ?

CHAPITRE II

L'historique complet de la question « des rapports de la syphilis et du traumatisme » a été souvent fait, nous nous contenterons de donner un léger aperçu en ce qui concerne la « syphilis osseuse ».

Depuis fort longtemps, on pense que l'action de la syphilis, s'étendant à tout l'organisme, « pouvait influencer une opération pratiquée chez un syphilitique ».

L.-H. Petit, dans sa thèse de doctorat (*Des rapports de la syphilis et du traumatisme.* Paris, 1875), cite le fait d'Amatus Lusitanus, qui, en 1550, fait une opération de trépan chez un soldat soupçonné de syphilis, et a soin de lui faire suivre un traitement au gaïac, « dont paraît avoir bénéficié la lésion osseuse ».

Jean de Vigo (1514), Fallope (1555), parlent bien de tumeurs « squirrheuses » se développant dans les os, avec douleurs très vives, « se manifestant surtout la nuit et se calmant dans la journée ».

Bon nombre de syphiligraphes, à l'exemple de Vigo, ont manifestement signalé les gommes des os, soit en les appelant comme lui, soit en leur donnant

des noms très usités à cette époque de « nodosités, de tophi ou de gommes ».

Il faut cependant arriver en 1750 pour entendre parler de traumatisme, comme cause de ces lésions osseuses.

A cette époque, Duverney « attribue la plus grande influence des exostoses sur les os superficiellement placés, à cette circonstance que ces os sont plus que les autres exposés à l'action de l'air, aux contusions, et aux traumatismes divers » (*Maladie des os*).

Delpech, en 1823, signale bien l'influence de la syphilis sur l'évolution des fractures, de même, Gellé, en 1887.

Verneuil, en 1888 (*Mémoires de Chirurgie*, t. V), conclut « le traumatisme survenant chez des syphilitiques, dont la diathèse est à l'état latent depuis une époque plus ou moins éloignée, peut provoquer des accidents syphilitiques... Les accidents sont aussi bien provoqués dans la période tertiaire que dans la période secondaire. » Ailleurs, il dit encore : « Si dans un certain nombre de cas, les deux affections, trauma et syphilis, peuvent évoluer parallèlement, complètement indépendantes l'une de l'autre, il n'en est pas moins vrai que très souvent il y a rapport intime et fâcheux entre les deux. »

Les classiques étudièrent aussi les altérations syphilitiques des os : Fernel, Astruc, Lallemand, Gosselin, Lancereaux, dans son *Traité historique et pratique de la syphilis*, 1873 ; Armand Després, à la même époque, constate « la production des périos-

toses frontales et tibiales chez des syphilitiques, dues à des compressions et à des chocs ».

Le professeur A. Fournier, dans son *Traité de la syphilis*, signale, parmi les causes du tertiarisme, « le traumatisme qui a servi maintes fois d'origine, de prétexte à des explosions tertiaires de modalités diverses et parfois des plus curieuses ».

En 1902, Stolper, dans un article important du *Deutsche Zutschuft f. Chirurgie*, intitulé : *Syphilis und trauma*, conclut : « Pour quelqu'un qui, comme moi, a rassemblé un certain nombre d'observations, on en arrive à penser que les localisations osseuses et articulaires sont les plus fréquentes. Cela tient à ce que ces régions sont le plus souvent le siège de traumatismes. »

Aussi, avons-nous réuni un certain nombre d'observations où le traumatisme a agi, soit comme *agent localisateur*, soit comme *agent aggravateur* de lésions osseuses préexistantes.

Il nous a paru plus naturel de les classer par régions, tête, membre supérieur, thorax et membre inférieur, retrouvant parfois dans un même cas les deux modes suivant lesquels le traumatisme paraît agir.

Après cette exposition, nous verrons les conclusions à en tirer, la statistique à faire des régions les plus souvent atteintes ; nous rappellerons en terminant cette partie, les différents signes et les diverses méthodes qui nous permettent de faire le diagnostic.

OBSERVATION II

(Obs. XLV. Verneuil, *Mémoires de Chirurgie*, t. V, 1888.)

Syphilis tertiaire. — Coup de poing sur le pariétal. — Gomme qui augmente à la suite de nouvelles contusions. — Fractures du fémur et fractures spontanées de la clavicule sans consolidation. — Mort.

Clara R..., née en 1766, eut, à l'âge de sept ans, une fièvre aiguë, dont je n'ai pu apprendre ni la nature, ni la durée. Les règles parurent à quinze ans ; l'année suivante, elle épouse un soldat, dont elle eut, en neuf ans, 10 enfants, 6 seulement vivent.

Nie toute spécificité, mais son nez est entièrement détruit, sauf un petit moigon informe, par un ozène dont elle avait été atteinte dix-neuf ans auparavant. Cet ozène, après avoir été traité sans succès par plusieurs médecins, céda enfin à l'usage de pilules (mercurielles sans doute). La malade attribuait bien l'origine de cet ulcère à un coup qu'elle avait reçu sur le nez et à un érysipèle qui survint ensuite ; mais son genre de vie et la nature de l'affection ne permettent pas de douter qu'elle ne fut vénérienne. Je trouvai aussi dans les aînes les cicatrices de bubons qui avaient suppuré.

En 1809, Clara reçoit d'un soldat un coup de poing sur la partie postérieure du pariétal droit. Elle tombe et ne peut se relever qu'un moment après. Il s'éleva sur l'endroit une petite proéminence, qui fit peu à peu des progrès. Un an après, nouvelle chute, la tumeur heurtée augmente de volume, égale à celui d'un poing ; sans douleur.

En 1811, elle vient me consulter. A cette époque, la tumeur était exactement circonscrite, arrondie, mais irrégulière à sa surface ; elle siégeait à la partie postérieure du pariétal droit et s'étendait un peu à gauche suivant la suture sagittale ; elle était rénitente mais mollasse, la peau qui la couvrait était rouge. Il était impossible de faire glisser la tumeur dans aucun sens, ni de la faire rentrer dans le crâne. Les os ne présentaient, en cet endroit, qu'un gonflement qui s'étendait même un peu aux parties voisines. Du reste, la tumeur était tout à fait indolente, on pouvait la comprimer avec assez de force sans causer de douleurs.

Durant l'automne de la même année, nouveau coup. La tumeur s'enflamma et une phlogose érysipélateuse s'empara de toute la face, principalement du côté gauche.

Cependant, la tumeur grossit beaucoup et commença à se ramollir. Le 20 décembre, la malade fit une chute sur la glace et se fractura le fémur droit au tiers inférieur. Traitée à l'hôpital, la réunion ne s'opéra pas. Pseudarthrose, la malade doit garder le lit. Cependant, la tumeur augmenta de volume, tantôt plus ou moins douloureuse. On y ressentait un battement continuel, semblable à celui qu'aurait produit plusieurs artères.

9 mars 1812. — En se retournant, Clara s'occasionna une fracture spontanée de la clavicule. De nouveau, pas de réunion. La tumeur de la tête augmente de volume, devient douloureuse. De plus, le gonflement de la thyroïde déjà constaté au mois de décembre de l'année précédente fait de lents progrès.

Enfin, la malade meurt le 21 août.

Dans cette observation, nous voyons une gomme du pariétal évoluer lentement à la suite de traumatismes répétés. Gomme ayant siégé primitivement entre l'os et le périoste. Elle envahit ensuite le tissu osseux d'une part et le cuir chevelu de l'autre, et après avoir détruit le pariétal est arrivé à la face externe de la dure-mère où elle s'est arrêtée.

Verneuil nous rapporte encore une observation intéressante par le réveil de la syphilis, à plusieurs reprises, sous l'influence de blessures divers, et par l'aggravation de la dernière manifestation survenue pendant la grossesse.

Dans cette observation, nous n'avons recueilli que les faits pouvant nous intéresser, c'est-à-dire des localisations osseuses de la syphilis par le traumatisme.

OBSERVATION III

(Obs. IX, empruntée à Verneuil, *Mémoires de Chirurgie* t. V, 1888.)

Lucie C..., vingt-trois ans, cartonnière, entre à la Pitié le 13 septembre 1886. Fille unique. Père mort de phtisie, mère morte d'une maladie de cœur. A dix-huit ans, premier enfant mort à l'âge de dix-huit mois; seconde grossesse parvenue actuellement au sixième mois.

Blonde, assez grosse, de taille au-dessus de la moyenne et présentant les apparences d'une santé satisfaisante, L... a cependant un dossier pathologique assez riche. Elle ne sait

rien sur les accidents de sa première enfance, mais raconte qu'à l'âge de dix ans, après une chute sur le front, est survenue, au lieu frappé, une tumeur qui a fini par s'ouvrir en trois points, laissant autant de plaies dont la guérison fut lente et dont on reconnaît le siège, et les dimensions à trois cicatrices blanches, minces, lisses, déprimées, encore adhérentes au frontal. A treize ans, un coup de pied reçu à la partie supérieure et interne de la jambe gauche donne naissance à une tumeur qui s'ulcère, se ferme lentement et laisse une cicatrice large comme une pièce de 5 francs.

A vingt ans, entorse grave à gauche par suite d'un saut ; douleurs vives, gonflement considérable ; abcès dont on retrouve la trace au niveau de la malléole interne.

En 1884, à la suite d'une contusion légère de la région malaire apparut encore une tumeur évoluant comme les autres. Jamais aucune de ces plaies n'a donné issue à des esquilles.

La santé, assez bonne jusqu'alors, s'altéra avec une nouvelle grossesse qui eut pour conséquence un retour offensif du côté du pied anciennement malade ; où l'on constate une ostéo-arthrite subaiguë assez grave.

Un traitement mixte fut institué, et tout alla pour le mieux. La grossesse se termina par la naissance d'un bel enfant, et la malade put en partie recouvrir l'usage de son pied.

Malgré différentes lésions osseuses, on ne pense que tardivement à la possibilité de l'existence d'une syphilis, les antécédents faisant plutôt penser à de la bacillose.

OBSERVATION IV

(M. Cipolla, *Riforma medica*, 26e année, n° 1.)

(*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. X, 1909, p. 133.)

Ostéopériostite gommeuse de la région nasale avec vaste destruction consécutive, provoquée par un traumatisme : « Un grave caso di osteoperiostite gommosa della regione nasale con vasta distrizione consecutiva, provocate da lesione traumatica. »

Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans, sans antécédent héréditaire ou personnel, qui présenta à vingt ans, après un traumatisme sur le nez, une tuméfaction et une rougeur de la région naso-génienne Ces lésions furent traitées localement pendant une année durant laquelle les os du nez se nécrosèrent et s'éliminèrent.

L'année suivante, on ordonna de l'iodure de potassium au malade, et on lui fit un traitement de 50 injections de sublimé.

La troisième année, on constate une perforation du palais avec destruction de la luette ; puis apparurent des ulcérations des ailes du nez et de la lèvre supérieure, coexistant une fétidité de l'haleine et de la céphalée.

M. Cipolla fait le diagnostic de ces lésions avec le lupus, épithélioma, morve chronique.

Guérison après un traitement mixte énergique.

OBSERVATION V

(Deuxième cas de Solper, *Syphilis und trauma* dans *Deutsche Zutschuft f. Chirurgie*, 1902.)

Périostite syphilitique et traumatique de l'avant-bras; par suite de l'absence de signes, le malade n'est reconnu syphilitique qu'après un long traitement d'un ulcère gommeux.

L'ancien sergent major J..., âgé de soixante et un ans, dans une chute qu'il fit le 20 novembre 1899, s'est contusionné la partie externe de l'avant-bras droit sur la tranche d'un gros livre. Neuf jours plus tard, l'augmentation de volume de son avant-bras l'amène à consulter un médecin, qui lui ordonne des massages.

Trois semaines après, les douleurs deviennent plus acerbes, et l'augmentation de volume de son avant-bras plus considérable ; ce qui l'empêche de travailler.

31 décembre 1899. — Incision de l'avant-bras, il n'en sortit, soi-disant, pas de pus.

La blessure se ferma lentement, les douleurs persistèrent.

18 juillet 1900. — J... commença à subir mon traitement. Il existait alors une cicatrice longue de 15 centimètre à la parte externe de l'avant-bras droit, et deux fistules traitées par les pansements de « Thoner ». Près de cette cicatrice, au-dessus et au-dessous, la peau, légèrement rouge, était pâteuse au toucher.

Les fistules ne permettant pas d'arriver jusqu'à l'os, d'autre

part. l'œdème, relevant certainement d'une périostite, ne diminuait pas, au contraire, une tumeur, de forme ronde et fluctuante, menaçait de s'ouvrir : j'engageai le malade à subir une nouvelle opération, « bien qu'il parut sain, je le lui conseillais par suite de la limitation de plus en plus grande des mouvements de la main et du poignet. »

Avant celle-ci, il lui était impossible de fermer la main jusqu'à faire le poing ; les extrémités des doigts, dans une flexion maxima, arrivaient à 6 centimètres du creux de la main.

Le malade endormi, je fendis la cicatrice sur tout son trajet, je curetai les fistules, mais tombai sur un os intact.

Après cette intervention, la blessure se ferma rapidement, et, sous l'influence de bains et de massages, la possibilité de remuer la main revint rapidement, et J... reprit son travail six semaines après.

En décembre 1901, le malade revint avec un petit abcès au niveau de la cicatrice, guéri par les pansements de « Thoner ».

En avril 1902, J... revint chez moi, et je constatai, au milieu de la cicatrice, un abcès qui était bien de la grosseur d'une lentille et qui s'était formé en huit jours.

Le cratère en paraît fait à l'emporte-pièce, d'apparence lardacée, le bourrelet œdémateux et surélevé.

Au-dessus de l'apophyse styloïde de l'avant-bras se trouvait une légère protubérance, ressemblant à un abcès froid, molle, rougie et non chaude au toucher.

C'est alors seulement que je pensais à la syphilis ; bien qu'on ne trouva rien dans les antécédents et qu'un nouvel examen du malade ne vienne à l'appui de cette opinion.

Rien du côté des organes génitaux, aucune maladie de la peau et des os ; rien du côté des viscères, légère artério-sclérose. Sa femme est bien portante ; deux enfants, dont l'un est mort à treize ans ; une fille, examinée par moi et traitée pour des fissures anales, n'offre aucun stigmate d'hérédo-syphilis ; elle est actuellement âgée de vingt-sept ans.

Cependant le traitement antispécifique. consistant en une application d'un emplâtre de Vigo, et à l'intérieur en de fortes doses d'iodure de potassium, était suvi d'un succès rapide.

Une radiographie, prise durant ce traitement d'avril 1902, montre un léger épaississement périostique snr le côté radial de l'avant-bras.

Bientôt l'abcès, situé au niveau des apophyses styloïdes, perça, laissant écouler un liquide épais. La mobilité de l'articulation du poignet, où l'on sent un léger frottement, est presque redevenue normale. La main peut, aussi bien que la gauche, fermer le poing et avec une force égale.

Le volume diffère d'un demi-centimètre en faveur du bras droit.

Pour Stolper, la périostite, de nature syphilitique, serait consécutive au traumatisme, comme la preuve l'évolution de la maladie et le succès de la thérapeutique.

OBSERVATION VI

(Obs. LIV, empruntée à Verneuil, *Mémoires de Chirurgie* t. V, 1888.)

Piqûre du pouce. — Nécrose de la première phalange. — Ulcérations successives sur la face dorsale de la main et du poignet.

Noël B..., cinquante-sept ans, journalier, entre à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 61, le 19 décembre 1872.

Il y a dix ans, cet homme s'est piqué le pouce de la main droite avec une tringle en fer enduite de vernis.

Son pouce, tuméfié, est devenu douloureux ; la plaie a constamment fourni du pus. Jusqu'en 1869, le malade, reste sans soins chirurgicaux, suivait les conseils de ses camarades

Il entra alors à la Pitié, dans le service de M. Richet, et, depuis, parcourut plusieurs hôpitaux sans jamais guérir complètement. Lorsque le mal s'améliorait, B... reprenait son travail, quand les accidents recommençaient, il rentrait à l'hôpital.

Surviennent, à la main et au poignet, des petits boutons, prenant l'aspect de gommes sous-cutanées, et se ramollissent De là de nombreuses incisions dont les cicatrices sont très apparentes. A Lariboisière, Verneuil, soupçonnant la syphilis, administre de l'iodure de potassium.

A cette époque, plusieurs petits os du pouce sortirent spontanément; l'état du malade s'était assez amélioré pour qu'il pût reprendre son service.

Le malade présenta, au niveau de la face dorsale de la main

et du poignet, des ulcérations successives ; les cinq doigts présentent une rétraction que l'on attribue, à la présence dans la gaine des fléchisseurs, de gommes développées à une époque antérieure.

Dans cette observation, nous constatons un cas de nécroses, fait rare, nous dit Gangolphe, « par suite de l'intégrité du système vasculaire. »

OBSERVATION VII

(Obs. LVI. Verneuil, *Mémoire de Chirurgie*, t. V, 1888.)

Frottements répétés sur la région sternale. — Gomme (?) de cette région qui s'ouvre spontanément. — Ulcération serpigineuse consécutive d'aspect syphilitique. — Guérison par le traitement mixte.

Il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans, exerçant une profession qui consiste à travailler les cornes d'animaux avec un instrument qu'on appuie sur le devant de la poitrine. Négation de tout antécédent syphilitique. Vaste ulcération de 60 centimètres impossible à décrire « tant on trouve de crasse et des restes de pommade ».

Dix-huit mois auparavant, apparition d'une tumeur au point où le malade appuie son ciseau sur la poitrine. Mal soigné, le centre se cicatrisa, les bords devinrent serpigineux.

A l'entrée à l'hôpital, le diagnostic de gomme syphilitique

est posé, guérison en quinze jours par le traitement mixte : proto-iodure d'hydrargyre et iodure de potassium.

L'instrument qu'il emploie aurait été la cause occasionnelle et déterminante de cette manifestation d'une diathèse latente et jusque-là ignorée.

OBSERVATION VIII

Obs. LVIII. Verneuil, *Mémoires de Chirurgie*, 1888.)

Contusion du tibia chez un syphilitique
Développement d'une exostose au point blessé

X..., vingt-deux ans, chancre induré du frein en mai 1869. Pléiade ganglionnaire des deux côtés.

Cet homme se heurte fortement la jambe contre un cerceau en fer.

Vers le milieu du tibia, à la partie antérieure, plaie de 2 à 3 centimètres, peu profonde et produite par éraillure et arrachement. Os sensible ; deux jours après, la plaie, lavée et recouverte en permanence de compresses d'eau alcolisée, prend sur ses bords une teinte ecchymotique, presque cuivreuse. Le troisième jour, l'épine du tibia fait une légère saillie au-dessus de la plaie. Une exostose, du volume d'un petit œuf, se développa, et, donnant l'éveil, fit administrer l'iodure de potassium ; elle siégeait à 1 centimètre au-dessus de la plaie, sur la partie du tibia qui avait porté la première.

Étant internes chez Mairet, à l'asile d'aliénés de Montpellier, Combenale et Fedon ont eu l'occasion

de suivre une maladie épileptique, chez qui un traumatisme a été l'occasion d'une manifestation syphilitique.

OBSERVATION IX

(Combenale et Fedon, *Union médicale* jeudi 22 novembre 1887.)

Mlle C... Françoise, épileptique, en traitement à l'asile d'aliénés depuis le mois de juillet 1876.

Mère épileptique.

Attaques depuis l'âge de cinq ans, augmentant à l'âge de la puberté, se montrant aux époques menstruelles. Depuis la ménopause, pas d'époque fixe.

C... est restée douze ans dans des maisons de tolérance, a donc vu de nombreuses maladies vénériennes et a appris à les connaître. Elle nie toute contamination; elle n'a jamais eu de chancre induré, jamais d'éruption sur le corps, jamais d'alopécie, jamais de céphalée. L'examen direct ne nous a du reste jamais rien révélé de syphilitique en elle.

28 septembre 1886. — Mlle C... reçoit, au haut de la cuisse droite, un violent coup de pied d'une autre épileptique agitée. Épanchement sanguin sous-cutané de la grandeur de la peaume de la main, qui, au bout de quelques jours, se collecte en un abcès fluctuant. Incision, évacuation de pus.

Pas d'amélioration, au contraire, la peau se sphacèle au centre, la plaie est atone, s'étend en surface, bords enflammés, déchiquetés, durs à la pression, douloureux.

Pansements au quinquina, puis à la poudre Lucas-Cham-

pionnière, iodoforme. On touche la plaie au nitrate d'argent. Rien y fait.

Au bout de trois mois, on essaie la pommade au précipité rouge, amélioration du centre de la plaie. Au mois de mars, M. Mairet pense à une syphilis ignorée. Après l'amélioration constatée par l'emploi d'une pommade au calomel, on prescrit l'iodure de potassium.

La malade constate que « depuis qu'elle prend des flacons, elle sent que tout s'arrange ».

22 mai. — Cicatrisation ; six mois après, l'état général est redevenu bon comme avant.

La malade nie toujours avoir eu la vérole.

OBSERVATION X

(*Archives générales de médecine*, 1881. Article de Folinea traduit par L.-H. Petit.)

Des lésions traumatiques chez les syphilitiques

R... Guetana fut atteinte de syphilis en 1871, et eut deux poussées de syphilides cutanées dont elle guérit par le mercure. Un an après survint un iritis double qui céda au traitement.

11 mars 1877. — Elle n'accusait que des douleurs ostéocopes lorsqu'elle tomba ; la région antérieure du tibia portant sur une pierre, il en résulta une forte contusion.

Peu à peu, il se forma en ce point une tumeur, et au bout de six mois, la peau devint sensible, rouge et finit par s'ulcérer.

A l'entrée à l'hôpital, l'ulcération avait tous les caractères d'une gomme qui, avec les antécédents et l'existence d'une polyadénite, nous permit d'affirmer sa nature syphilitique.

Le traitement mixte par l'iodure de potassium et l'onguent mercuriel confirma ce diagnostic en assurant la guérison en moins de deux mois.

OBSERVATION XI

(*Archives générales de médecine*. 1881. Article de Folinea traduit par L.-H. Petit.)

Alexandro G..., vingt-cinq ans, eut un chancre infectant en 1873, et. à la suite, des plaques muqueuses buccales et une polyadénite générale.

En 1878. il fait une chute, forte contusion au tibia gauche, à la suite de laquelle l'os commence à grossir. A l'examen, forme classique de périostite ossifiante du tibia ; le malade n'éprouvait que des douleurs ostéocopes peu intenses.

L'administration d'iodure de potassium à l'intérieur, et les onctions mercurielles au point affecté font disparaître le mal presque complètement en deux mois.

Benicy, dans sa thèse (1879), rapporte l'observation de M. Paul Berger, dans laquelle une exostose (production inflammatoire) paraît s'être développée sous l'influence d'un traumatisme.

OBSERVATION XII

(Obs. XXV)

Un homme, sous l'influence de la syphilis, se trouve soumis au traumatisme, il se heurte fortement et perpendiculairement contre des cerceaux en fer, que l'on trouve à la partie moyenne des tables de marbre.

On constate au milieu du tibia une plaie profonde, ecailleuse. Deux jours après, la plaie avait pris sur ses bords une teinte ecchymotique presque cuivreuse. Le troisième jour, on sent l'os, c'est-à dire l'épine du tibia, au-dessus de la plaie, faire une légère saillie. Une exostose aussi grosse qu'un petit œuf se développe, et, donnant l'éveil, fait donner de l'iodure de potassium.

Bien qu'on ne nous dise pas à quelle période se trouvait le malade au moment de l'accident, il est un fait cependant, c'est que le traumatisme a, chez cet individu, « sous l'influence de la syphilis » ou bien hâté l'apparition de manifestations tertiaires ou bien réveillé la diathèse latente.

OBSERVATION XIII

(Obs. L, empruntée à Verneuil, *Mémoires de Chirurgie*, t. V, 1888.)

Dans la Société de Chirurgie du 8 avril, Verneuil présenta au nom de L. Thomas (de Tours) une observation de frac-

ture du tibia chez un syphilitique, à la suite de laquelle il survint des gommes autour du siège de la lésion.

On fit suivre au malade un traitement ioduré. Guérison.

OBSERVATION XIV

(Neuvième cas de Stolper, *Syphilis und trauma Deutsche Zutschuft f. chirurgie*, 1902.)

Contusion de l'os de la jambe, bientôt petit abcès au siège du traumatisme. — Ensuite enflure périostique persistante et douleurs. — Cicatrices syphilitiques dans le bas de la cuisse. — Commencement de tabès.

Le commissionnaire F. S., âgé de quarante-sept ans fut amené à l'institut des accidentés, le 1er septembre 1901 dans le but de connaître la cause de douleurs des jambes, et savoir si ces dernières se rapportaient à un accident qu'il avait eu le 1er janvier 1900.

Ce jour-là, en plaçant un paquet dans un coupé, il glissa du marche-pied et se contusionna la jambe gauche contre la garniture de fer de ce dernier.

Il ne consulta d'abord aucun médecin à ce sujet; le 4 janvier seulement, il alla trouver le Dr W.., qui constata un abcès sous la peau, l'ouvrit et le guérit en six semaines.

14 janvier. — Il reprend son service.

24 janvier. — Il va consulter un autre médecin, le Dr K., qui, d'après les déclarations du malade, fait le diagnostic de périostite.

Pendant un an, il reprit son service, consulta cependant

plusieurs fois le Dr W., au sujet de ses douleurs et de l'augmentation de volume de sa jambe.

6 mai 1901. — Cette enflure de la jambe a complètement disparu ; le pourtour du mollet gauche était de un demi centimètre inférieur à celui du droit. Malgré tout, les douleurs, s'étendant de la place de la contusion jusqu'au genou, persistent et rayonnent parfois même jusqu'à la hanche. Elles se produisent si le malade soulève de lourds fardeaux, mais ne durent pas, elles existent dans la position assise, disparaissent dans la position debout.

Un certificat du 17 juillet 1901 établit ces derniers faits. A son entrée, S..., déclare, en outre, qu'il ressentait de violentes douleurs en écartant la jambe gauche, et qu'il ne pouvait se coucher la nuit sur ce côté.

D'anciennes cicatrices au bas de la cuisse, dont les certificats n'avaient fait aucune mention, bien qu'antérieures à l'accident, ces cicatrices, dis-je, m'amenèrent à penser à la syphilis. S..., déclara qu'il avait quatre enfants bien portants ; du côté de sa femme, ni avortement, ni trace de spécificité.

A son départ au régiment, il avoue avoir eu la blennorragie. Traitement par injection urétrale.

Au point de vue spécifique : on trouve qu'il y a cinq ou six ans, des petits boutons rouges auraient apparu sur les deux jambes, boutons qui s'ulcérèrent et guérirent enfin en deux semaines par l'application de pansements pommadés.

Le malade ne fut pas obligé de quitter son service.

Examen. — Du côté des viscères, rien.

Léger Romberg ; la pupille gauche très légèrement plus dilatées que la droite ; pas d'Argyll.

Cicatrices au gland du pénis.

Aux deux jambes, principalement à la gauche, un grand nombre de vieilles cicatrices brunes rougeâtres, nombreuses, surtout un peu au-dessus de la malléole externe du pied droit. Cicatrice un peu avant la crête tibiale, reliquat de l'incision. La crête tibiale toute entière est un peu augmentée de volume, douloureuse à la pression. Les mouvements de la jambe gauche sont empêchés par des douleurs dans le genou et dans le haut de la cuisse. Dans une forte flexion de la cuisse, la douleur s'étend aux os du haut de la cuisse. Les points ischiaux sont sensibles à la pression. Pas de troubles de la sensibilité, pas de différence de volume entre le haut et le bas de la cuisse.

Les reflexes patellaires manquent.

Pas de coordination, accommodation et champ visuel, normaux.

Stolper conclut qu'évidemment S..., était un syphilitique, et il croit que l'on doit rattacher les douleurs en partie au tabès. mais aussi en partie à la périostite tibiale. Là, l'accident a encore déterminé une localisation osseuse de la syphilis ; dans aucun cas, dans l'idée de l'auteur le « tabès incipien » ne doit être rattaché à l'accident, la périostite seule en relève.

Troisfontaines, en 1910, dans *les Annales des maladies vénériennes*, nous rapporte une observation qui est des plus intéressantes. Bien qu'elle ne touche pas directement à notre sujet, il nous a paru intéressant, cependant, de la citer, pour montrer la part prise par le traumatisme dans le réveil de la syphilis.

OBSERVATION XV

Une jeune fille de vingt-deux ans, de très bonne constitution, se heurte violemment la région supéro-antérieure de la jambe gauche, contre une marche d'escalier, dans les premiers jours de mai 1909

Les jours suivants, il se produit, à l'endroit contusionné, une tuméfaction assez considérable. La douleur, d abord vive, s'atténue progessivement, sans jamais cesser complètement.

Un médecin, consulté le mois suivant, fait le diagnostic d'hématome et prescrit des enveloppements humides résolutifs.

Néanmoins, la tuméfaction persiste tout l'été sur une étendue de plusieurs centimètres.

Je vois une première fois la malade, un peu hâtivement, et lui conseille le repos et de continuer les pansements humides. La tuméfaction ne disparaît pas ; au contraire, à son niveau, la coloration reste légèrement violacée jusque vers la fin de septembre, époque à laquelle se produit, au centre de la zone, une perforation peu profonde, presque ronde, à bords nets ainsi que le rapporte le médecin.

Cette ulcération passe, paraît-il par des phases d'agrandissement et de tendance à la cicatrisation sous l'influence de pansements humides variés, alternant avec des applications de pommade au précipité rouge et d'aristol.

7 décembre. — La malade entre dans mon service ; sa situation s'était aggravée Il existe au niveau de l'épine du tibia une ulcération à grand diamètre transversal, de 6 centimètres de long sur 3 de large. Les bords en sont verticaux.

le fond en partie bourgeonnant, en partie recouvrant les parties sphacélées, lesquelles en certains points sortent de dessous les bords décollés de la plaie. L'ulcération a 14 millimètres de profondeur.

Il faut songer à une ulcération spécifique bien qu'on ne trouve rien dans les antécédents personnels ou héréditaires.

Le traitement mixte amena la guérison.

OBSERVATION XVI

(M. Bérard, Société de Chirurgie de Lyon
séance du 10 décembre 1908.)

Il s'agit d'un jeune homme, âgé de vingt-quatre ans, qui reçut, en novembre 1905, un coup sur le pied gauche, alors qu'il jouait au foot-ball. Il présenta immédiatement un œdème du pied au niveau du tarse antérieur, et fut traité pendant un mois par des massages. Au bout de ce temps, il essaya de reprendre son service, mais il dut bientôt rentrer à l'hôpital pour un autre mois. Au bout de ce temps, il fit encore quelques exercices, mais ne put reprendre les marches fatiguantes. Enfin, il termina son service dans les bureaux.

Depuis sa libération, en mars 1908, il s'apercevait un peu moins de cette gêne fonctionnelle du pied gauche, quand il y a cinq mois, il recommença à souffrir dans le tarse antérieur à l'occasion des mouvements. Depuis trois mois, il avait des douleurs analogues, à la marche, dans le pied droit. Et surtout, il constatait que la faiblesse de ses jambes, déjà très prononcée au régiment, se compliquait d'une extrême mala-

dresse avec de l'incoordination dans les deux membres inférieurs.

Examiné par nous, en octobre 1908, il avait déjà une démarche ataxique des plus caractérisées, une suppression complète des réflexes tendineux, et une extrême paresse de de la pupille à l'accommodation. Le signe de Romberg était des plus nets.

A ce moment, l'aspect du pied gauche était celui qu'on observe aujourd'hui. Le dos du pied gauche apparaît comme soulevé par une saillie irrégulière dans la région tarso-métatarsienne. Immédiatement en arrière du premier métatarsien, on perçoit, au doigt et à l'œil, un massif osseux correspondant au scaphoïde et au premier cunéiforme, sans délimitation nette, permettant de conclure à une luxation incomplète tarso-metatarsienne ou à une fracture des cunéiformes. La radiographie vient éclairer ce point en montrant un élargissement de la base du premier métatarsien et du premier cunéiforme dans le sens de la hauteur, tandis que le cunéiforme et le scaphoïde projettent une ombre plus foncée due à de l'ostéite condensante; la surface dorsale de ces deux os, surtout du cunéiforme, présente des surélévations ostéophytiques raréfiées, qui seraient plus récentes.

En dehors de la douleur à la marche, vite calmée par le repos, il y a un peu de gêne dans la flexion du pied, qui repose en masse sur le sol, sans donner une empreinte de pied plat.

Du côté droit, les douleurs avaient été calmées de même que du côté gauche par le repos et par une série d'injections de biiodure, qui furent faites dans le service de M. Tessier. Ce pied s'est lui-même notablement aplati; et le gros orteil

tend à se mettre en contracture et flexion du côté de la plante, ce que le malade a remarqué lui-même et ce qui le gêne pour marcher.

Le malade nie tout antécédent spécifique personnel ; on n'en retrouve d'ailleurs aucune trace à l'interrogatoire, et l'examen ne relève que des taches pigmentées à la partie inférieure de la jambe gauche, que le malade aurait constatées depuis plus de quinze ans.

En résumé, traumatisme du pied, il y a trois ans environ, avec entorse probable de l'articulation de Lisfranc et arrachement partiel du premier cunéiforme. Amélioration progressive de la gêne fonctionnelle jusqu'au moment où des troubles tabétiques des plus nets, il y a six mois, déterminèrent la reviviscence des douleurs et de la gêne de la marche, en même temps que la déformation des pieds va en augmentant progressivement.

Il s'agit nettement, ajoute M. Destot, d'un tabétique de vingt-quatre ans, dont l'affection remonte à deux ans, ce qui est rare.

De plus, le début nettement osseux : un coup de pied au foot-ball détermine une fracture du premier cunéiforme et l'effondrement de l'articulation de Lisfranc. Une petite cause produit un grand effet. Il existait donc, au moment de l'accident, un état particulier du squelette, alors que le patient paraissait bien portant.

Nous ferons remarquer l'idée de MM. Bérard et Destot en ce qui concerne « les lésions osseuses condensantes du tabes » ; pour ceux-ci, « le processus d'hyperostose est la règle dans la période prétabétique, alors que la raréfaction, la résorption osseuses existent surtout chez les tabétiques confirmés. »

D'après les observations rapportées, le traumatisme nous est apparu soit comme *localisateur* soit comme *aggravateur*.

En effet :

I. — Le traumatisme peut *localiser* une syphilis latente.

L'observation, prise dans la clinique du professeur Poncet, en est la plus entière démonstration.

Il s'agit d'un ouvrier qui, malgré un traumatisme chirurgical (et on connaît l'opinion émise par Barraud sur l'évolution des plaies chez les syphilitiques), quatre mois auparavant, ne voit cependant survenir de lésion spécifique qu'à la suite d'un accident survenu à l'occasion de son travail.

Combenale et Fedon ont aussi rapporté un cas probant de localisation de la syphilis par le traumatisme. La tumeur qui se développa chez M^lle^ C..., en haut de la cuisse droite à la suite d'un coup, était bien spécifique, comme le prouva le succès du traitement mixte.

C'est bien le coup de poing qui amena chez Clara R... (obs. II), la gomme du pariétal ; c'est bien aux différentes contusions que subit Lucie C... (obs. III), qu'il faut imputer les différentes tumeurs qui se développèrent aux différentes époques de sa vie, et dont la nature syphilitique fut également démontrée.

Peut-on nier la part prise par le traumatisme dans l'évolution de la périostite de l'avant-bras du sergent-major de Stolper (obs. V), lésion dont le volume,

empêchant tout travail, obligea le malade à consulter neuf jours après l'accident, et qui ne guérit qu'après la prescription d'iodure de potassium.

« L'instrument, qu'employait le malade, aurait été la cause occasionnelle et déterminante de cette manifestation d'une diathèse latente et jusque-là ignorée », conclut lui-même Verneuil (obs. VII).

L'observation XI nous montre une exostose survenant à la suite d'un traumatisme chez un sujet syphilitique depuis cinq ans ; aucun doute que cette lésion inflammatoire ne soit la conséquence de la contusion ; même ressemblance de faits dans l'observation XII.

Les différents diagnostics posés et les divers traitements tentés au sujet de cette jeune fille de vingt-deux ans (obs. XV), qui se heurta la région supéro-antérieure de la jambe gauche, nous démontre bien la nature spécifique de la lésion, vite améliorée par le traitement antispécifique.

II. — Le traumatisme peut aggraver une lésion osseuse préexistante en déterminant :

Soit *a*) une fracture spontanée.

Dans l'observation II, à côté d'une gomme du pariétal, nous constatons que la malade s'occasionna une fracture de la clavicule simplement en se retournant. Une simple contraction musculaire a suffi dans ce cas pour déterminer une telle lésion.

Benicy, dans sa thèse, en a rapporté plusieurs cas semblables.

Destot, dans le cas de Bérard (obs. XVI), rapporté

à la Société de Chirurgie et reproduit dans *le Lyon chirurgical*, 1908, concluait : « Un coup de pied au foot-ball détermine une fracture du premier cunéiforme et l'effondrement de l'articulation de Lisfranc. Une petite cause produit un grand effet. Il existait donc, au moment de l'accident, un état particulier du squelette alors que le patient paraissait bien portant. »

Stolper, en 1905, dans un article *Syphilis und trauma*, paru dans le *Monatsschrifft fur Unvalidenwesen*, cite le cas d'un facteur qui, habitué à faire tous les jours le même service, sur le même chemin, se fractura le tibia, en heurtant simplement un caillou.

Il est évident que dans une ostéomyélite gommeuse du fémur, ce n'est pas à un grand traumatisme, mais seulement à un événement journalier qu'il appartient de le briser.

Les observations de fractures spontanées reconnaissent souvent comme causes, un traumatisme qui n'est pourtant pas en rapport avec la lésion consécutive.

Soit *b*) la formation de séquestres et la nécrose, qui sont d'une observation plutôt rare, comme nous le fait remarquer Gangolphe dans sathèse, 1885.

L'observation VI, empruntée à Verneuil, nous montre un ouvrier, chez qui, à la suite d'une piqûre du pouce, s'éliminèrent plusieurs petits os.

Soit *c*) une suppuration.

Dans l'observation II, si féconde en remarques,

nous voyons une gomme du pariétal évoluer d'abord sans issue de pus, puis s'enflammer et suppurer à la suite d'un nouveau traumatisme.

Les douleurs ostéocopes qu'accusait Romito Géotana (obs. X), prouvent qu'une altération de l'os existait quand survint une tumeur déterminée par un choc à la région antérieure du tibia.

Souvent aussi il existe déjà une légère tuméfaction d'une région, n'empêchant pas le malade de circuler, même de travailler, survient un traumatisme il aggrave cette altération osseuse et bientôt s'établit une gomme; il est évident que la contusion n'a pas révélé une maladie à l'état latent, mais bien aggravé une lésion osseuse préexistante.

Multiplier les observations serait nécessaire pour établir une statistique exacte des régions osseuses les plus souvent atteintes.

Gangolphe, en 1885, donnait une explication de la « rareté des observations d'ostéomyélite gommeuse » ; Stolper, en 1902, dans le *Deutsch Zutschrufft für chirurgie*, arrive à ce résultat « surprenant ; c'est que le squelette (os et articulations) est de tous les organes du corps humain le plus fréquemment atteint des troubles syphilitiques graves, au stade tertiaire » et rapporte que chez 61 individus atteints de syphilis, il trouva vingt-sept fois des lésions du système osseux.

Pour lui aussi, la rareté des observations vient de ce qu'en faisant des autopsies, on s'attache peu à l'examen des os surtout des os profondément situés,

tels, que ceux de la colonne vertébrale, du bassin et de la tête fémorale.

Il est certain qu'il existe un plus grand nombre d'observations de gommes du crâne, du tibia, du cubitus.

Ne pourrait-on pas penser que le tibia est « l'os chéri de la syphilis », par suite de sa situation qui le rend plus superficiel et par conséquent plus exposé au traumatisme.

Les statistiques de Jullien et de Fournier, qui placent d'abord le tibia, puis le squelette naso-palatin le cubitus, les côtes, la clavicule et le sternum comme le siège des localisations osseuses syphilitiques le plus fréquent, seraient aussi exactes quand il s'agirait de lésions consécutives à un traumatisme.

La situation respective de ces os n'expliquerait-elles pas, pour une part tout au moins, la prédilection du tertiarisme ?

Exostases, hyperostoses, lésions inflammatoires : gommes, productions spécifiques ; telles sont les diverses modalités suivant lesquelles nous avons pu observer les lésions osseuses spécifiques.

Sommes-nous en droit de penser que tout traumatisme osseux réveillera une lésion syphilitique ? Non. Il est certain que Ricord avait raison de dire que « le syphilitique n'est pas une outre virulente qu'il suffit de piquer pour en faire sortir le virus, qui doit ensuite spécifiquement corroder, ulcérer, chancreusenant l'ouverture qui lui a donné passage ».

CHAPITRE III

Au point de vue clinique, une question se pose. Quels sont les signes ou les moyens qui nous permettront de faire le diagnostic de syphilis osseuse ? sans avoir à recourir à l'interrogatoire du malade, souvent peu pratique et souvent peu sûr, ce dernier n'osant pas avouer sa maladie ou l'ignorant, ou bien encore cherchant à tromper son médecin.

Depuis Cornil,on divise les manifestations osseuses de la syphilis en deux catégories : 1° *ostéopériostite syphilitique simple*, *ostéite raréfiante* ; 2° *ostéomyélite gommeuse* et *ostéopériostite gommeuse*. C'est la classification adoptée par Gangolphe dans sa thèse *Localisations osseuses de la syphilis*, c'est la classification de Milian dans son article, de Brouardel et Gilbert, 1912. en un mot,c'est la division classique confirmée, d'ailleurs, par l'anatomie pathologique.

Quels sont les signes fournis par l'examen clinique ? Pour l'ostéopériostite simple nous avons : la douleur, l'augmentation du volume de l'os et la déformation de l'os. Douleur avec exacerbation nocturne « douleurs profondes qui semblent partir de la moelle de l'os ». Elles sont aiguës, lancinante « térébrantes »

quelquefois atténuées par la pression, mais le plus souvent exaspérés par le moindre attouchement. Les périostoses forment, sous la peau, une tumeur apparente qui se développe, peu à peu, ou qui restent quelques temps stationnaires.

Caractérisée au point de vue macroscopique :

« *a*) par les porosités, les vermoulures, les trous et les tunnels qui sillonnent la coque diaphysaire, les productions osseuses nouvelles et font communiquer les espaces sous périostiques avec le canal médullaire généralement retréci ;

b) par la coloration jaune rosé ou jaune d'or de la substance qui remplit ces cavités et sinus intra-osseux;

c) par leur sécheresse ;

d) par la rareté des séquestres de quelque étendue », les lésions d'ostéomyélite gommeuse fournissent aussi comme signes : de la douleur avec les mêmes caractères, et de plus, à côté de l'augmentation de volume de l'os, on note une tuméfaction de l'os. Apparait alors un abcès ; à son niveau la peau rougit, les téguments s'empâtent.

La collection augmente, devient fluctuante, puis s'ouvre, donnant issue à une certaine quantité de pus.

Après cette phrase de suppuration, arrive une période de fistulisation où par l'orifice d'évacuation suinte perpétuellement une petite quantité de pus.

L'aspect de la fistule est caractéristique : pauvre en pus : avec orifice cutané large et arrondi.

L'absence d'engorgement ganglionnaire au niveau

de la région correspondante est un signe à ne pas oublier.

« Dans l'ostéite gommeuse syphilitique, les lésions osseuses ont l'aspect circiné des lésions cutanées ; on trouve un grand nombre de petits trous, entourés d'os condensé, éburné, de sorte que l'os, quoique perforé, est plus lourd que l'os sain. » Ce mélange d'éburnation et de raréfaction était considéré par le professeur Ollier comme un des caractères saillants des lésions syphilitiques osseuses.

Enfin, toute « néoplasie » ayant été éliminée, la réparation se fait, comme dans toute perte de substance, par bourgeons charnus et constitution d'une cicatrice.

Telle est la description classique de l'ostéopériostite ou de l'ostéomyélite gommeuse.

Il est évident que le caractère net de la douleur, amena Folinea dans les deux cas X et XI, que l'augmentation de volume de l'os amena Verneuil (obs. VIII), Benicy (obs. XII), à faire le diagnostic de lésions osseuses syphilitiques ; les antécédents personnels, l'existence de cicatrices caractéristiques venant confirmer cette opinion.

Pourtant, la diversité des diagnostics posés dans le cas recueilli à la clinique du professeur Poncet, les différents traitements institués pour les cas rapportés par Stolper, Combenale et Fédon, et Troisfontaines montrent que souvent les signes énumérés plus haut n'existent pas d'une façon bien nette.

Quelle conduite aurons-nous donc à tenir en présence de semblables lésions?

Nous allons rappeler un certain nombre de petits signes qui peuvent nous faire penser à la syphilis, ainsi que les différents moyens de laboratoire ou autres que l'état actuel de la science met à notre disposition.

Les gommes ulcérées de la peau laissent derrière elles des cicatrices caractéristiques qui se distinguent des cicatrices de furoncle, anthrax, brûlures, cicatrices laissées par des traumatismes ou cicatrices d'ulcération tuberculeuse, par leur limite nette, leur limite « circinée ». Le lieu d'élection de ces cicatrices étant les jambes, le sternum, le cuir chevelu.

La coloration n'en paraît pas un caractère important. Les cicatrices du pénis sont rares à trouver, et sont plutôt le reliquat de chancres.

L'aspect clairsemé de la chevelure, plutôt qu'un crâne glabre et chauve, attirera notre attention.

Stolper nous cite un cas, *Monatsschrifft für Unfalldeilkunde und Invalidenwesen*, de sciatique double où il pensa à une syphilis antérieure par l'aspect même de la chevelure.

Du côté des yeux nous pourrons trouver des synéchies de l'iris, des pupilles irrégulières, l'opacité diffuse de la cornée, de l'Argyll Robertson.

L'examen de la bouche pourra nous montrer des reliquats de syphilis : soit sous forme d'ulcérations des piliers du palais, des perforations de la voûte palatine ; soit sous forme de gengivite mercurielle.

On a pu, avec le laryngoscope sur l'isthme du gosier et l'entrée du larynx, découvrir des ulcérations syphilitiques qui expliquent la rancité de la voix.

La dépression en selle du nez, la perforation du septum, bien que pouvant être d'origine tuberculeuse ou exister chez des ouvriers travaillant le chrome, la dureté d'oreille sont, en général, consécutives à des lésions syphilitiques.

La pléiade ganglionnaire est aussi une des principales recherches.

Nous avons pu constater l'importance de ces signes, leur découverte nous sera d'une grande utilité.

Mais, surtout, quand il s'agit de syphilis osseuse, la science a mis à notre disposition un moyen d'investigation qu'aujourd'hui nous ne devons pas négliger. Nous y recourrons toutes les fois qu'il nous sera possible de le faire.

C'est à la radiographie que souvent sont dus les diagnostics de syphilis osseuse : témoin le cas de Stolper (obs. V) et celui que nous rapportons en tête de cet ouvrage.

Stolper, en 1902, dans le *Deutsche Zutschrifft f. Chirurgie*, signale l'importance de la radiographie pour l'étude des altérations osseuses syphilitiques. Il recommande aussi l'examen d'un certain nombre de clichés rassemblées par lui au musée de Breslau, et qui pourraient servir de clichés « étalons ». Il insiste encore sur cette question, en 1905, dans le *Monat-*

schrifft für Unfallheikunde und Invalidenwesen.

C'est aussi l'opinion des classiques : Milian (Brouardel et Gilbert, 1912), dans un article des plus intéressants et des plus instructifs, montre de quelle utilité peut être, pour nous, la radiographie, à la condition toutefois d'en savoir lire et comprendre l'image : « La radiographie, par comparaison avec la radioscopie, seule est capable de révéler quelques modifications structurales, mais combien disproportionnées avec ce que la clinique permettait de supposer. Des bosselures volumineuses ne se traduisent que par une irrégularité légère de la surface osseuse, qui pourrait passer inaperçue à un examen inattentif ou un peu superficiel de l'image... La périostose apparaîtra comme une couche osseuse, compacte, doublant les surfaces et les crêtes osseuses dont elle efface la régularité. La crête rectiligne du tibia sera changée en une ligne onduleuse. Surtout quand la couche de périostose est volumineuse, il s'adjoint au tissu d'hyperostose des régions plus claires qui lui donnent un aspect ouaté et qui relèvent vraisemblablement de dépôts gommeux ou de zones d'ostéite raréfiante.

» Ailleurs, c'est une space clair en plein centre de l'os ; dans d'autres cas le tissu périostique est appliqué tout le long de l'os, en plaques souvent abondantes, ajoutées concentriquement en fuseau, en gigot, en pareille circonstance la solidité de l'os est compromise et sous l'influence de la contraction musculaire pour le membre supérieur et du poids du

corps pour les membres inférieurs, le squelette s'incurve ».

L'image de Rœntgen nous permettra de faire le diagnostic des formes hypérostosantes de la syphilis avec l'ostéite typhique, l'ostéomyélite et le sarcome dont la radiographie est le plus souvent transparente ; des formes nécrosantes avec la tuberculose dont les caractères cliniques sont aussi très nets.

Il est encore un procédé de laboratoire que nous devrons pas oublier d'employer : la réaction de Wassermann, qui, si elle est négative, ne prouvera évidemment pas que le malade est indemne de toute syphilis, qui, au contraire, lorsqu'elle sera positive hâtera l'établissement d'un traitement approprié.

Au diagnostic de syphilis tertiaire, répondait le traitement mixte : injections de bi-iodure de mercure, et 3 à 6 grammes d'iodure de potassium. Vu les succès de l'arsénobenzol dans le traitement de la syphilis, ne pourrait-on pas penser que surtout dans le tertiarisme le médicament d'Erlich est des plus indiqués.

En somme, chaque fois que nous nous trouverons hésitants en face d'une lésion osseuse, rappelons-nous l'exemple de Dupuytren « qui n'attaquait par les moyens chirurgicaux, un ulcère ou un engorgement sur la nature desquels il conservait quelques doutes, qu'après avoir interrogé les diathèses, *la syphilitique* surtout, et avoir tenté certains remèdes antidiathésiques, ce dont il eut plus d'une fois occasion de s'applaudir ».

DEUXIÈME PARTIE

Au début de notre thèse, nous avons signalé à l'observation recueillie dans la clinique du professeur Poncet, un double intérêt :

Un intérêt *clinique*.

Un intérêt *juridique*.

Si l'étude clinique est intéressante au point de vue des manifestations osseuses syphilitiques consécutives à un traumatisme, la deuxième question n'en est pas moins importante pour ceux d'entre nous qui soigneront les blessés du travail et qui « seront appelés à établir le certificat d'origine, le certificat de guérison ou de consolidation, terme de l'incapacité temporaire, et enfin les rapports d'expertise qui fixe le degré de l'incapacité permanente ».

La loi de 1898, loi forfaitaire, il faut bien se le rappeler, dit :

Article premier, — Les accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail aux ouvriers ou aux employés occupés dans l'industrie donnent droit au profit de la victime ou de ses représentants à une indemnité, à la charge du chef d'entreprise, à condition que l'interruption ait duré plus de quatre jour.

Nous pouvons, comme l'a fait M. Janbreau, au congrès de chirurgie 1907 au sujet de la tuberculose, résumer les différentes éventualités où peuvent se produire les lésions syphilitiques, à trois cas :

1° *Syphilis inoculée ;*

2° *Syphilis aggravée ;*

3° *Syphilis révélée ;*

Nous réunirons, dans une première partie, l'étude de l'inoculation et de l'aggravation de cette maladie, réservant pour une seconde partie l'étude du troisième cas dont relève notre observation.

Nous terminerons ce travail en examinant la législation des autres pays européens et en cherchant si dans la juriprudence ou les coutumes de nos voisins nous ne trouverions pas une façon plus avantageuse d'envisager la question des « accidents du travail » à la fois pour l'ouvrier et le patron.

La syphilis des verriers inoculée à un souffleur par la canne contaminée, n'est plus considérée comme une maladie professionnelle, et est tombée sous la loi de 1898 d'après un arrêt de la Cour de cassation du 3 novembre 1903, « si la loi de 1898 ne s'applique pas aux maladies professionnelles auxquelles on ne saurait assigner une origine, une date déterminée et qui ne sont que la conséquence habituelle d'une certaine industrie, il en est autrement des affections pathologiques accidentelles, qui, bien que contractées dans l'accomplissement d'un travail industriel, prennent leur origine et leur cause dans un fait déterminé, accidentel, isolé, ne rentrant pas dans les con-

ditions normales de l'exercice de ce travail ».

L'indemnité qui est dûe au verrier contaminé a été aussi nettement établie par différents tribunaux. Ici la s philis est considérée comme entrainant une incapacité permanente partielle (tribunal de Montbrison 1903, confirmé par la Cour de Lyon 1903); parce que, ajoute le professeur Lacassagne (*Précis de médecine légale*) l'usage de la canne a souffler favorise l'inflammation chronique de la muqueuse buccale et entretient ainsi indéfiniment des accidents secondaires et de plus, l'ouvrier par crainte de la contagion pour les autres doit abandonner son métier de souffleur.

Cependant, Forgues et Jeanbreau prétendent « une plaie, une excoriation a servi de porte d'entrée à une contamination d'origine vénérienne, la syphilis ici ne devrait pas être indemnisée, car le contage a pu se faire en dehors de l'atelier ». Toutefois, lorsqu'il pourra être prouvé que le traumatisme est vraiment *inoculateur*, l'ouvrier a droit à une indemnité ; « l'incapacité n'est que temporaire et dure pendant l'éclosion des accidents secondaires, lorsque la profession ne doit pas favoriser la récidive ou lorsque la maladie n'est pas incompatible avec ladite profession » (Justice de paix de Lyon, 4 juillet 1902).

Ce sera à l'ouvrier, dans ce cas, de se faire examiner pour pouvoir réclamer une indemnité tant qu'il ne sera pas guéri.

La question des fractures pathologiques a été

réglementée. A cette question,« la fracture pathologique doit-elle être rangée parmi les incapacités temporaires indemnisées par la loi de 1898 ? » Forgues et Janbreau répondent « logiquement, non. Car chez un sujet sain le choc n'aurait rien produit ».

En effet, on peut dire que sans accident, il n'y aurait pas eu de fracture, mais aussi sans syphilis ; l'aggravation de cet état osseux provoque l'accident et indirectement le traumatisme.

Le traumatisme est partiellement responsable,il ne supportera pas toutes les conséquences ; l'indemnité qui est due est temporaire.

La question n'est plus aussi nettement tranchée dès qu'il s'agit d'une syphilis révélée, car alors intervient dans la discussion *l'état antérieur*.

Depuis 1898,en France, le principe du risque professionnel a remplacé dans le droit moderne le principe suranné et injuste d'obligation à prouver « la faute de l'employeur ». La législation reposait sur l'article 1382, 1383, 1384.

Art. 1382. — Tout fait quelconque qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à la réparer.

Art. 1384. — On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre ou des choses que l'on a sous sa garde.

De ceci résultaient cinq causes, comme l'expose le président Sachet, *Traité théorique et pratique de*

la législation sur les accidents du travail et des accidents industriels : 1° faute du patron ; 2° faute de l'ouvrier ; 3° cas fortuit ; 4° cas de force majeure ; 5° un fait inconnu.

« Sur les cinq causes d'accidents, l'équité et le droit obligent le patron à réparer intégralement les conséquences de sa propre faute et celle des cas fortuits, la victime à supporter les conséquences de sa faute et celle de force majeure. Quant aux accidents dus à une cause inconnue, ils doivent être mis par égale part à la charge du patron et de l'ouvrier. »

Tout accidenté doit donc faire la preuve de la faute du patron, ce qui, évidemment, entraînait procès sur procès ; et il en résultait que les trois quarts des accidents restaient à la charge des victimes.

Les auteurs de la loi de 1898 voulurent établir « un forfait » et décidèrent « que tous les accidents du travail, sauf ceux de force majeure, qui sont étrangers au travail, donneront droit à une réparation non intégrale mais partielle ».

Donc, dans l'observation I, nous nous trouvons en présence d'un traumatisme fermé, n'ayant déterminé ni plaie, ni solution de continuité, qui révèle une infection latente méconnue. Quelle est l'indemnité à laquelle l'ouvrier aurait droit? La compagnie prétextera : nous nous trouvons en présence d'un traumatisme qui, sans la syphilis, aurait déterminé quinze jours d'incapacité. L'état antérieur est donc responsable de la prolongation de la maladie.

Pour celà, elle s'appuiera sur la déclaration du rapporteur, devant la Chambre, avant la promulgation de la loi. « La commission n'hésite pas à établir que les indemnités seront dues pour les conséquences directes et immédiates des accidents » et, le 14 février 1898, M. le président Benoît, de la Cour d'appel de Paris, émettait l'avis que « si le blessé était malade avant l'accident, la blessure n'est pas la cause directe des complications, il y a donc un tempèrement à apporter à la responsabilité de l'auteur ». Divers arrêts des Cours de Bordeaux, Montpellier furent pris dans ce sens : « Le tribunal tiendra compte, dans l'appréciation de la réduction des salaires, de l'état des maladies antérieures de la victime ; il recherchera la part de l'incapacité qui résulte de la maladie et celle qui résulte de l'accident. » C'est aussi l'opinion du président Sachet, de Vienne, qui conclut à « la nécessité, dans l'évaluation des incapacités de défalquer la part imputable aux maladies préexistantes, aux « états antérieurs ».

Il invoque trois raisons :

« 1° L'intention du législateur, non formulée par la loi, mais affirmée au cours des travaux préparatoires, de n'indemniser que les conséquences directes des accidents ;

» 2° La charge trop lourde, que le fait de ne pas tenir compte des « états antérieurs » imposerait à l'industrie ;

» 3° Les conséquences fâcheuses qui en résulteraient pour les ouvriers tarés, débiles, mais capables de

gagner un salaire normal, qu'on éliminerait des chantiers. »

A la suite des rapports de MM. Segond et Janbreau au Congrès de Chirurgie de 1907, le Congrès émettait le vœu suivant : « Il est désirable que la loi de 1898 soit modifiée de façon à ne pas exclure de parti pris, dans la réparation pécuniaire des accidents, le rôle des prédispositions et des maladies préexistantes. Cette modification atténuerait les conséquences fâcheuses de l'indemnité transactionnelle et forfaitaire, en permettant de tenir compte des responsabilités atténuées et d'accorder une indemnité exactement proportionnelle au dommage. »

Pourtant, que résulterait-il de cette conception de la loi de 1898 ? Une nouvelle cause de procès. Dans l'esprit des auteurs de cette loi, on voulait justement réglementer la jurisprudence des accidents du travail, pour empêcher toute procédure, dont pourrait souffrir l'ouvrier.

Parler d'état antérieur, c'est, nous semble-t-il, vouloir les renouveler :

Il nous a été permis, grâce à l'extrême obligeance du Dr Bérard, d'examiner un cas d'accident du travail où toute une procédure fut établie à la suite du diagnostic de *syphilis antérieure :*

OBSERVATION XVII

(Résumé de l'observation.)

5 octobre 19 .— L.., V.., conduisant un chargement, attelé de deux chevaux en flèche, se fait prendre la main droite, entre la caisse de la voiture et la roue, par une chaîne qui s'y était enroulée.

Le certificat d'accident porte « qu'il existe une plaie linéaire profonde de la face dorsale de la main droite, mais sans lésions tendineuses. L'incapacité de travail est fixée à tente jours ; pas d'incapacité permanente. »

Au mois de juillet de l'année suivante, le médecin traitant constate la formation d'un cal fibreux, ne permettant au blessé d'ouvrir ou de fermer la main que dans une certaine mesure. D'où diminution de la capacité ouvrière, et on conclut à une capacité permanente partielle.

Au mois de septembre 1912, un médecin expert examine le blessé. Il ne trouve rien dans les antécédents héréditaires.

Le malade, de bonne santé habituelle, n'accuse aucune maladie, à part la dysentérie pendant son service, nie toute spécificité ; marié, a deux enfants bien portants, sa femme n'a jamais eu de fausse couche.

Sur la face dorsale de la main blessée, le médecin constate une exostose de forme arrondie, ayant les dimensions approximatives, en largeur et en épaisseur, d'une pièce de cinq francs, dure, non douloureuse à la pression profonde, sans rougeur de la peau qui est restée mobile.

Située au niveau des articulations carpo-métacarpiennes

du côté des doigts, l'exostose s'étend jusque vers la partie médiane des métacarpiens, et transversalement se localise sur le deuxième, le troisième et le quatrième métacarpiens.

Une radiographie faite à ce moment-là ne laisse voir aucune fracture.

Les mouvements de flexion et d'extension du poignet sont limités, ceux de pronation et de supination sont gêné justement par le fait même de l'exostose.

A la suite d'autres traumatismes, postérieurs à l'accident, le malade vit se développer des tuméfactions des os à la partie supéro-interne du cubitus droit au condyle interne du fémur gauche et de la tubérosité externe du tibia.

La réaction de Wassermann étant positivre, l'expert concluait à une exostose syphilitique consécutive à un traumatisme, lésions que l'on voit se développer en dehors de tout traumatisme, ajoutait-il.

Cette conclusion amena la compagnie à refuser au blessé son indemnité, mettant sur le compte de la syphilis l'incapacité où se trouvait le blessé.

27 décembre 1911. — Trois chirurgiens furent à nouveau nommés pour l'examen du blessé, et firent les constatations suivantes :

Existence, sur la main droite, d'une cicatrice froncée, profonde, produite par un écrasement, la peau ayant été fortement serrée sur le plan osseux sous-jacent et refoulée en haut vers le poignet.

Toute la région sous-jacente à la cicatrice est soulevée par une tuméfation diffuse, celle-ci est de consistance dure, osseuse, et est certainement la conséquence d'une lésion du squelette ; en effet, l'examen du mouvement des tendons

extenseurs des doigts montre que ceux-ci passent au-dessus de la tuméfaction.

Les mouvements du poignet sont normaux ; il existe une limitation des mouvements de l'index et du troisième doigt. Ces lésions ont entraîné une atrophie légère des masses musculaires de l'avant-bras.

L'examen direct de la palpation révèle un épaississement en masse des coupes dans sa partie antérieure et externe correspondant aux trapèze, trapézoïde et grand os. Les extrémités supérieures du deuxième et troisième métacarpien sont, elles aussi, déformées et augmentées de volume.

La radiographie montra : une fracture du trapézoïde, fracture de l'extrémité supérieure et interne du deuxième métarcarpien, entorse avec arrachement des attaches ligamenteuses du grand os et de l'extrémité supérieure du troisième métacarpien.

L'épreuve radiographique montre un flou général de toute cette région, celui-ci est l'indice des épaississements périostiques, qui ont été la conséquence de l'écrasement du poignet et des infiltrations plastiques qui ont constitué les adhérences tendineuses.

L'ensemble de ces lésions est la conséquence absolue du traumatisme, et ne peut résulter d'aucune autre cause.

La conclusion du rapport fut celle ci : les différentes lésions sont la conséquence directe du traumatisme, et la syphilis ne peut avoir joué aucun rôle dans leur production.

Dans l'observation précédente, tant qu'il n'a pas été question de syphilis, l'ouvrier touchait une indemnité ; dès qu'un médecin a fait le diagnostic

de lésion tertiaire, la compagnie d'assurance a refusé toute indemnité, et cependant, deux mois après, trois chirurgiens des hôpitaux ne reconnaissaient aucun rôle à la syphilis. Nous voyons combien nous devons être réservés, quand il s'agit *d'état antérieur*, et combien le départ, qui devrait être fait entre les complications résultant de cet état antérieur et de l'accident, est une question délicate. Aussi, croyons-nous que cette façon de voir ne peut que compliquer la loi de 1898 qui a voulu, avant tout, être simpliste. Nous appuierons notre opinion sur deux arrêts de la Cour de cassation, un du 23 août 1902 et l'autre du 31 juillet 1906.

23 août 1902, Cour de cassation. — « La détermination de l'indemnité dépend du salaire effectif de l'ouvrier et des facultés de travail que lui laisse l'accident; l'état d'infirmité, dans lequel la victime se trouvait avant l'accident, importe peu au point de vue de la détermination de son état actuel. »

Arrêt du 31 juillet 1906, Cour de cassation. — « Il n'est pas permis au juge d'évaluer les facultés de travail d'après les suites que l'accident aurait eues sans les prédispositions morbides de la victime. Il ne doit prendre en considération, pour faire cette évaluation, que le salaire que l'ouvrier blessé pourra gagner dorénavant, rapproché de celui qu'il gagnait auparavant. »

La jurisprudence est donc claire : il ne faut tenir compte dans l'évaluation d'une indemnité que de

deux facteurs : le salaire que gagnait l'ouvrier avant l'accident et celui qu'il pourra désormais gagner.

Le grand argument que l'on invoquait pour défalquer dans un accident, la part revenant à *l'état antérieur*, était que « tous les ouvriers tarés ne pourraient plus s'embaucher » le chef de l'entreprise n'acceptant que des ouvriers sains et bien constitués.

En 1908, dans *le Bulletin médical*, M. le professeur Reclus réfutait cet argument. En effet, les statistiques prouvent « que les deux tiers des ouvriers qui s'offrent sur le marché du travail ont un bagage pathologique petit ou grand » ; les refuser serait dont obliger les usines à fermer leurs portes.

La même année, dans *la Presse médicale*, M. Balthazard prétendait que si on veut tenir compte de *l'état antérieur*, il faudrait faire une distinction « entre *les infirmités*, *les prédispositions* et *les maladies préexistantes*. Les infirmités, on en tient compte dans les salaires : doit-on équitablement tenir compte des prédispositions, des diathèses ? nous ignorons ce que c'est, et, à plus forte raison, l'ouvrier les ignore. D'ailleurs, on ne tient pas compte de l'alcoolisme ni de l'imprudence ni même des fautes lourdes commises par le blessé. Pourquoi tenir compte des prédispositions? »

Nous voyons donc que, malgré le grand nombre de tarés, tous les ouvriers, même les pères de famille pour qui on craignait les pensions à payer aux

veuves et aux orphelins, tous trouvent tous les jours du travail.

Certaines compagnies soumettent leurs employés à une visite médicale avant l'admission. Cette façon d'agir existe depuis longtemps et, d'autre part, ces compagnies offrent de tels avantages que les demandes d'emploi ne cessent d'affluer.

« Obliger à payer non seulement le déchet causé par l'accident, mais toutes les tares congénitales de l'ouvrier, est aussi une grosse charge pour l'industrie » objectait encore le président Sachet. Avec M. le professeur Reclus, nous ferons remarquer que la loi de 1898 est une *loi forfaitaire* et « repose sur une contrat fait entre l'ouvrier et le patron ».

Fort des deux arrêts de la Cour de cassation et nous appuyant sur les opinions de MM. Léon Bérard, Balthazard et de M. le professeur Reclus, nous admettons qu'il est préférable dans le règlement d'une indemnité de ne pas tenir compte de *l'état antérieur*, car alors « quel est le médecin un peu subtil, l'homme d'affaire un peu débrouillard qui ne trouverait pas à invoquer chez l'ouvrier une tare pathologique. Ils y réussiraient simplement avec l'alcoolisme et la syphilis. »

Cette imprécision dans les limites de l'état antérieur est encore une raison pour ne pas en tenir compte. Nous ne voulons pas prétendre que l'indemnité qui est due pour la fracture d'un tibia atteint d'ostéomyélite gommeuse, soit la même que pour un traumatisme révélant une syphilis latente comme

dans notre première observation. Ce sont là des faits cliniques que nous devons bien connaître, car, dans notre certificat après l'exposition des lésions constatées, nous devrons pouvoir déterminer le cas où la syphilis aura joué le principal rôle et le cas contraire, où il ne faudra pas parler d'état antérieur. Ce sera au juge d'apprécier et de déterminer l'indemnité.

Il faut aussi bien s'entendre sur le mot *accident* pour ne pas refuser *a priori* au traumatisme le rôle qu'indubitablement il joue dans certains cas. Certains auteurs semblent vouloir rejeter au second plan son importance. Ce n'est pas notre avis, et la définition que donna M. le professeur Reclus *de l'accident*. « Un événement imprévu et soudain, survenu du fait ou à l'occasion du travail, et qui provoque dans l'organisme une lésion ou un trouble fonctionnel, permanent ou passager » précise suffisamment ce qu'il faut entendre par là.

Jetons un rapide coup d'œil sur la législation des autres pays européens et voyons s'il y aurait quelque profit à en retirer.

En Belgique, les accidents du travail sont réglementés par la loi du 28 décembre 1903. De même qu'en France, il n'y est pas question d'état antérieur.

En Angleterre, la jurisprudence n'est pas bien fixée. Il est curieux de voir, qu'en Autriche, en Finlande, en Italie, en Suisse, en Suède, dans le grand-duché de Luxembourg, la législation tient compte des

maladies et infirmités préexistantes dans l'évaluation du dommage.

En Allemagne, la loi de 1884 ne tient pas compte de l'état antérieur. Il est établi une caisse de secours-maladies dont relève le blessé pendant les treize premières semaines, puis les frais reviennent à la corporation.

Une disposition d'avril 1892 donne plein droit et plein pouvoir à la corporation, qui se charge de l'accidenté. Celui-ci est obligé de s'incliner ; s'il ne veut pas se voir refuser l'indemnité à laquelle lui donne droit l'incapacité « qui eut disparu, à l'estimation des hommes de l'art, s'il s'était soumis au traitement ». Aussi, les corporations mirent tout en œuvre pour améliorer le sort du blessé : en créant dans plusieurs quartiers de Berlin, d'abord, des postes de secours, puis des services de mécanothérapie, et bientôt des instituts spéciaux où l'ouvrier était amené immédiatement après son accident.

Il est à regretter qu'en France l'assistance publique n'ait pas créé des services spécialisés et complets où l'ouvrier irait plus volontiers que dans des établissements fondés par les compagnies contre lesquels il garde une certaine défiance, remarque Thoinot.

Il faut aussi déplorer que l'assurance à la fois contre les accidents, la maladie, et contre l'invalidité due à la vieillesse ne soit pas obligatoire en France, ce qui permettrait à l'ouvrier de se mettre à l'abri de la misère, lui et toute sa famille.

CONCLUSIONS

I. — Le traumatisme fermé, sans plaie, ni solution de continuité peut déterminer des lésions osseuses spécifiques.

II. — Il peut agir comme *agent localisateur* d'une syphilis latente, connue ou méconnue.

III. — Il peut agir comme *agent aggravateur* de lésions osseuses préexistantes, en déterminant soit :

a) Une fracture spontanée ;

b) Une suppuration ;

c) La formation d'un séquestre.

IV. — Le grand nombre de cas d'altérations spécifiques de certaines régions osseuses, tient justement à ce que ces régions, par leur situation plus superficielle, sont plus exposées au traumatisme.

V. — En présence d'une lésion osseuse à évolution plus ou moins lente, en l'absence de tout signe clinique précis, penser toujours à une syphilis inavouée ou méconnue. Diagnostic souvent confirmé par la radiographie, la réaction de Wassermann et surtout le succès d'un traitement mixte.

VI.—Dans la question des « accidents du travail », la syphilis inoculée et la syphilis aggravée sont des cas assez bien tranchés et indiscutables.

VII. — Pour une syphilis révélée par un traumatisme, il ne semble pas qu'on doive tenir compte, dans l'évaluation de l'indemnité, de *l'état antérieur* :

VIII. — Parler d'état antérieur, c'est la porte ouverte aux procès, et c'est aller à l'encontre de la jurisprudence établie de deux arrêts de la Cour de cassation.

Vu : le Président de la thèse
RECLUS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Lancereaux. — Traité historique et pratique de la syphilis, 1873, p. 448-449-506.

Després (A). — Traité de la syphilis, 1873, p. 350.

Petit (L.-Henri). — De la Syphilis dans ses rapports avec le traumatisme, 1875. Thèse de doctorat. Paris.

Folinea. — Giornale internat de sc. médicales, 1879.

— Des Lésions traumatiques chez les syphilitiques ; traduit par L.-H. Petit (Archives génér. de médecine, 1881, 7e série, t. VI, p. 672 ; t. VII, p. 35).

Benicy. — Syphilis et traumatisme, 1879. Thèse de doctorat. Paris.

Verneuil. — Syphilis et traumatisme (Mémoires de Chirurgie, 1888, p. 497).

Gangolphi. — Contribution à l'étude des localisations osseuses de la syphilis, 1885. Thèse.

Combenale et Fedon. — Traumatisme réveillant une syphilis ignorée (Union médicale. Paris, 1887).

Perret. — Étude clinique de l'ostéomyélite gommeuse des os longs, 1885. Thèse de Lyon.

Fournier (A.). — Période tertiaire (Traité de la syphilis, t. II. fasc. I, p. 15).

Stolper. — Syphilis und trauma (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1902, t. LXV, p. 117).

— Syphilis und Unfall (Monatschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen, 1905, t. XII, p. 10 et 297).

Cepolla. — Riforma medica, 26e années, n° 1 (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1909, 5e série, t. X. p. 133).

Toussaint. — Aperçu de quelques formes larvées de la syphilis, localisées par le traumatisme (Société chirurgicale. Paris, 1910).

Troisfontaines. — Annales des maladies vénériennes, 1910. Paris, t. V, p. 443-445.

Forgues et Janbreau. — Guide du médecin sur les accidents du travail.

Thoinot. — Accidents du travail et les affections médicales.

Lacassagne. — Précis de médecine légale.

Jeanbreau. — Congrès de Chirurgie, 1907.

Balthazard. — A propos de l'état antérieur dans les accidents du travail (Presse médicale, 1908).

Reclus. — Bulletin médical, 1908.

Bérard. — La Loi de 1898. L'accident. Les maladies professionnelles. L'état antérieur (Bulletin médical, 1912).

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 1820-12

285

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE